

Die Hausbesuchstätigkeit eines Landarztes

Rainer Armin Gustav Pohl

1972

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Direktor: Prof.Dr.W.Seitz

DIE HAUSBESUCHSTÄTIGKEIT EINES LANDARZTES

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Rainer Armin Gustav Pohl
aus Dresden

München 1972



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof.Dr.N.Zöllner
Mitberichterstatter:	Prof.Dr.W.Seitz
Dekan:	Prof.Dr.W.Spann

Tag der mündlichen Prüfung: **12.**Dez.1972

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

1.	Problemstellung	4
2.	Beschreibung der Allgemeinpraxis und der räumlichen Ausdehnung des medizinisch betreuten Gebietes	6
3.	Beobachtungen und Erhebungen	9
4.	Grundsätzliche Fragestellung der Arbeit	12
5.	Eigene Erhebungen	
5.1.	Hausbesuche und Zeitverteilung	13
5.2.	Verhältniszahlen	17
5.3.	Art der Anforderung der Hausbesuche	20
5.4.	Art des Hausbesuches	21
5.5.	Grad der Bettlägrigkeit	22
5.6.	Krankenhausweisungen	22
5.7.	Sozialer Status der Hausbesuchspatienten	23
5.8.	Kassenzugehörigkeit der Hausbesuchspatienten	24
5.9.	Entfernungen der Hausbesuchsorte zur Praxis	25
5.10.	Möglichkeiten der Nachbarschaftshilfe	26
5.11.	Aufgewendete Arbeitszeit für die Hausbesuche	26
5.12.	Krankheitsbilder oder Diagnosen	27
5.13.	Dringende Hausbesuche	31
6.	Ergebnisse	35
7.	Literaturverzeichnis	36

1. PROBLEMSTELLUNG

Vor etwa hundert Jahren war der Begriff "Sprechstunde" soviel wie nicht bekannt, die praktischen Ärzte übten ihre Tätigkeit nur im Hause des Patienten aus. (12) In den letzten Jahren ist mehrfach die Meinung publiziert worden die Hausbesuche seien weitgehend überflüssig "nur im Sprechzimmer sei alles notwendige zur Hand, von der Literatur bis zum Labor". (11)

Trotzdem muß sich der praktische Arzt mit der Realität von Hausbesuchen auch weiterhin abfinden. (14)

Der Kassenarzt ist nach der Reichsversicherungsordnung (RVO) § 368 g in Verbindung mit Bundesmantelvertrag (BMA) § 7 Abs.6 verpflichtet auch außerhalb der Praxisräume die Krankenversorgung sicherzustellen, wenn es für den Kranken nicht zumutbar ist, die Praxisräume aufzusuchen.

Überall gibt es Kranke, die nicht ins Krankenhaus gebracht werden können oder wollen. FRANZ hat als Erster 1965 eine Analyse seiner Hausbesuche vorgenommen (4). Er schrieb über seine Dauerbesuchspatienten folgendes:

"Fast alle diese Patienten sind über 50 Jahre alt. Keiner von ihnen steht noch im Erwerbsleben. Es sind zum großen Teil Rentner, nur wenige sind mitversicherte Familienangehörige. Auf alle trifft die Kennzeichnung zu, daß sie nicht fähig sind, den Arzt in der Praxis aufzusuchen. Die meisten dieser Dauerbesuchspatienten haben ein langes Siechtum hinter sich, viele sind im Endstadium einer chronischen Krankheit, die langsam aber sicher zum Tode führt, viele bieten das Bild einer fortschreitenden "Alterschwäche", meist auch mit der entsprechenden psychischen Einengung".

Die Zahl der chronisch Kranken, die sich nicht mehr selbst versorgen können nimmt zu, weil die Zahl der über 65-Jährigen zunimmt und die Zahl der "Langlieger" vor allem aus diesen Altersklassen gestellt wird.

Dazu folgende Angaben aus der Bundesrepublik Deutschland über den Anteil der über 65-Jährigen an der gesamten Bevölkerung:

1925 = 5 % 1970 = 10 % ab etwa 1975 ca. 15 %

Es gibt keine ausreichende Zahl von Krankenhausbetten - auch nicht in den reichen industrialisierten Ländern - um alle bettlägrig chronisch Kranken aufnehmen zu können. (5)

Ein weiteres Problem spielt eine dominierende Rolle. Nach den Untersuchungen von ROTH und STROTZKA (15) haben 15 % der in der Allgemeinpraxis behandelten Fälle eine psycho-soziale Ätiologie vor allem durch Störungen in der Familie. Erst in zweiter Linie und mit Abstand durch Störungen am Arbeitsplatz. Diese psycho-sozialen Zusammenhänge familiären Ursprungs können in der Regel nur dann beobachtet werden, wenn der Arzt immer wieder - mehr oder minder unfreiwillig - das häusliche Milieu beobachten kann. Demjenigen praktischen Arzt, der auf Hausbesuche weitgehend verzichtet, entgehen damit auf die Dauer wichtige Informationsquellen.

LEITNER hat 1968 dazu geäußert, der praktische Arzt habe durch die Hausbesuchstätigkeit dem Facharzt gegenüber den unübersehbaren Vorteil der Milieukennntnis. (8)

Eine gleiche Auffassung hatte bereits 1963 N.H. LEVITT vertreten, als er über den General Practitioner schrieb: "Er kennt den Patienten und die gesamte Lage im Hause, der Facharzt kennt nur einen Teil davon".

Ander Autoren haben diese Milieukennntnis beschrieben als "Kenntnis der Nestgewohnheiten" (van Lidith de Jeune) oder als "Zutritt zur Intimsphäre des Kranken" (1).

Eine ähnliche Auffassung ist im sogenannten GILLIE-Report vertreten "die Grenze zwischen medizinischem und sozialem Wissen geht quer durch die Allgemeinpraxis". (6)

Der ärztliche Hausbesuch kann daher nicht als ein Relikt angesehen werden, sondern als ein wesentlicher Teil der allgemeinärztlichen Tätigkeit.

Es war Aufgabe der vorliegenden Arbeit Daten über diese Tätigkeit systematisch während eines längeren Zeitraumes zu sammeln und sie vom Aspekt eines Landarztes zu interpretieren.

2. BESCHREIBUNG DER ALLGEMEINPRAXIS UND DER RÄUMLICHEN AUSDEHNUNG DES MEDITINISCH BETREUTEN GEBIETES

2.1. ORT DER UNTERSUCHUNG

Die Praxis liegt in Wegscheid / Niederbayern inmitten des unteren Bayerischen Waldes.
Der Markt Wegscheid hat 1.500 Einwohner und ist Sitz der Kreisverwaltung (bis Juni 1972)

Am Ort befinden sich:

eine Allgemeinpraxis, eine Apotheke, eine Zahnarztpraxis,
ein Kreiskrankenhaus (113 Betten, intern. und chir. Abt.)
ein staatliches Gesundheitsamt, ein Tierarzt.

2.2. EINZUGSGEBIET DER ALLGEMEINPRAXIS

Nach den Angaben der Volkszählung von 1970 umfasst das Einzugsgebiet 12 Gemeinden mit 6.684 Einwohnern in einer Flächenausdehnung von 115 qkm. (58 Einw. pro qkm)
Angrenzende Allgemeinpraxen:

nördlich 26 km entfernt
westlich 16 km entfernt
südlich 11 km entfernt
östlich 14 km entfernt (jenseits der Landesgrenze)

Der nördlich in 15 km Entfernung liegende Arztsitz ist verweist, der nordwestlich in 20 km Entfernung liegende Arztsitz wegen Erkrankung des Arztes seit 1971 unbesetzt.

2.3. VERKEHRSMÖGLICHKEITEN IM EINZUGSGEBIET

Das Einzugsgebiet durchschneidet eine, mindestens dreimal werktäglich befahrene Buslinie der Deutschen Bundesbahn. Außerhalb der DB-Linie werden zwei Strecken durch werkeigene Busse zu Anfang und Ende der gewöhnlichen Arbeitszeit befahren, die auch gelegentlich werksfremde Personen gefälligkeithalber befördern.

Eine Strecke wird Dienstag und Freitag je einmal in den Morgen- und Mittagsstunden von einem Privatunternehmer bedient. (Wegscheid-Sonnen, siehe Gebietsabbildung S.7)

2.4. ALTERSSTRUKTUR DER BEVÖLKERUNG

Genaue Angaben über die Altersstruktur der Bevölkerung waren von der in Auflösung begriffenen Kreisverwaltungsbehörde nicht zu erhalten.

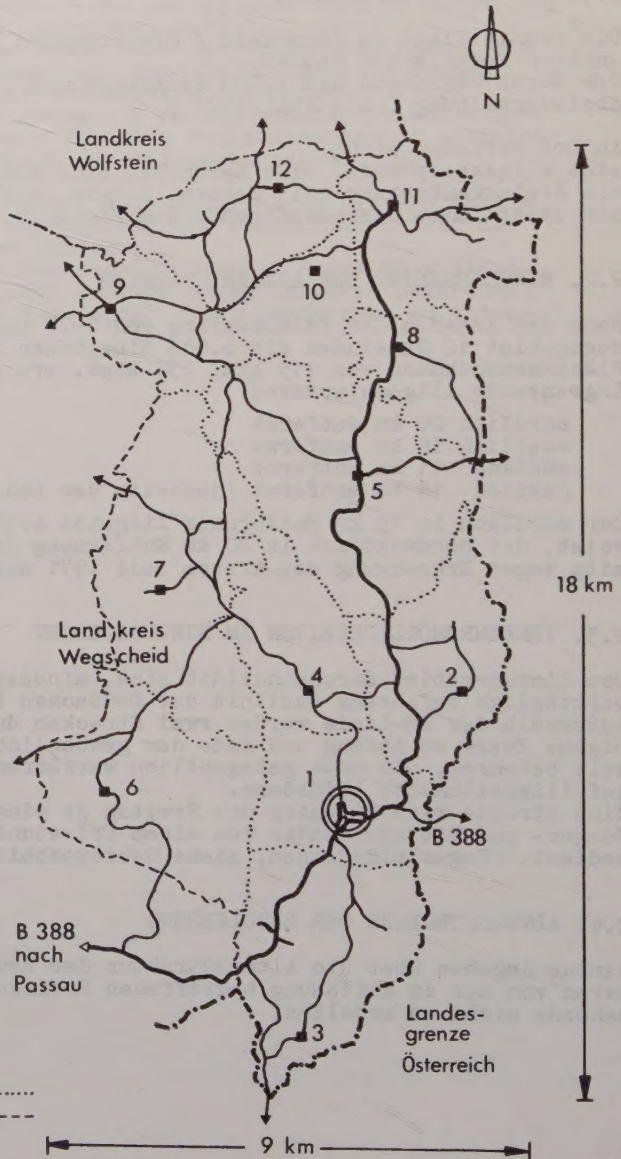
ÜBERSICHT DES EINZUGSGEBIETES

(1 : 100 000)

GEMEINDEN:

- 1 Wegscheid
- 2 Meßnerschlag
- 3 Eidenberg
- 4 Kasberg
- 5 Thalberg
- 6 Thurnreuth
- 7 Möslberg
- 8 Gollnerberg
- 9 Sonnen
- 10 Schönberg
- 11 Breitenberg
- 12 Gegenbach

DB - Buslinie ———
 Teerstrasse ———
 Gemeindegrenze
 Gebietsgrenze - - - - -



2.5. SOZIOLOGISCHE STRUKTUR

In der Bevölkerung überwiegen Landwirte und Arbeiter mit landwirtschaftlichen Nebenerwerbsbetrieben. Der Anteil von Facharbeitern ist gering, dagegen der Anteil von Fernpendlern im Baugewerbe überdurchschnittlich hoch. Durch die in den letzten Jahren erfolgte Ansiedelung von Randindustrien im Einzugsgebiet sowie dem Ausbau des vorhandenen Fremdenverkehrsgewerbes ist zu erwarten, daß eine gewisse Angleichung an den Bundesdurchschnitt in absehbarer Zeit erfolgen dürfte.

2.6 BESETZUNG DER ALLGEMEINPRAXIS

Die Arztpraxis ist besetzt mit einem Arzt für Allgemeinmedizin, seit drei Jahren in eigener Praxis, einem Weiterbildungsassistenten mit einjähriger allgemeinärztlicher Tätigkeit in dieser Praxis, einer medizinisch-technischen Assistentin, sowie zwei Sprechstundenhilfen.

2.7. SOGENANNT E KASSENSCHEINZAHL

Im zweiten Quartal 1972 wurden 1.774 Kassenscheine abgerechnet, zuzüglich kamen 4,2 % Privatabrechnungen.

2.8. DIAGNOSTISCH-APPARATIVE AUSTRÜSTUNG DER PRAXIS

- EKG (Dreifachschreiber)
- Mikroskop
- UV-Photometer
- Brutbehälter
- Gerät zur Quickwertbestimmung
- Hörtestgerät

2.9. THERAPEUTISCH-APPARATIVE AUSTRÜSTUNG DER PRAXIS

- Mikrowellengerät
- UV- und Rotlichtgerät
- Gerät für diadynamische Ströme
- Elektrotom
- Inhalier-Absauggerät

2.10. ARBEITSUMFANG IN DER SPRECHSTUNDENPRAXIS

Fälle aus der kleinen Chirurgie
 Vorsorgeuntersuchungen aller Art
 Weiterbehandlung ambulanter D-Arzt-Unfallverletzter
 mittlere Laborarbeiten
 intensive Zusammenarbeit mit Fachärzten, Zahnarzt,
 dem Tierarzt und sozialmedizinischen Dienststellen

3. BEOBACHTUNGEN UND ERHEBUNGEN

3.1. ZEITRAUM DER UNTERSUCHUNG

Dauer: 8 Arbeitswochen, von Montag 8 Uhr bis Samstag 12 Uhr
 Datum: 20.3.1972 bis 13.5.1972
 abzüglich der Feiertage 31.3. 3.4. 1.5. und 11.5.
 Der Wochenend- und Feiertagsdienst wurde ausser Betracht
 gelassen, dies sollte Gegenstand einer späteren Unter-
 suchung sein.

3.2. ANZAHL DER HAUSBESUCHE

Im Zeitraum der Untersuchung fielen bei 235 Patienten
 insgesamt 510 Hausbesuche an.

3.3. ARBEITSWEISE

In der Regel wechselte der Praxisinhaber mit dem Assistenten
 wochenweise die Sprechstundentätigkeit mit der Hausbesuchs-
 tätigkeit.
 Planmässige Besuchsfahrten wurden zwischen 8 Uhr und 12 Uhr
 sowie zwischen 15 Uhr und 18 Uhr ausgeführt.

3.4. ÄRZTLICHE AUSRÜSTUNG FÜR DIE HAUSBESUCHSTÄTIGKEIT

Zur Verfügung stand:

ein PKW (VW) mit eingebautem Sprechfunkgerät des
 Dezimeterwellenbereiches,

ein Tonbandgerät im Taschenformat,

ein Koffer mit Ampullen, Kanülen, Einmalspritzen, Blutdruck-
 gerät, Stethoskop, Otoskop, Mundspateln, Taschenlampe,
 Einmalhandschuhen, Reflexhammer, Thermometer, Teststreifen
 und Formularen,

ein Koffer mit Verbandmaterial, Salben, Puder, Einmalkatheter,
 kleinem chirurgischen Besteck,

ein Koffer für Unfallversorgung (ADAC-Modell)

je ein Beutel mit gängigen Medikamenten, sortiert nach
 Suppositorien, Antibiotika sowie Tabletten und Dragées

eine Tasche mit Sauerstoffgerät und Atemmaske

ein Ampullenkoffer für die Notfallmedikation

3.5. DIE DATENERFASSUNG

3.5.1 Zeitpunkt

Festgehalten wurde das Datum und die Uhrzeit des Hausbesuches. Maßgeblich war das Eintreffen beim Patienten.

3.5.2 Verteilung nach Alter und Geschlechtern

Neben dem Geschlecht männlich-weiblich wurde das Alter der Patienten in Lebensjahrzehnten notiert, ausgenommen Kinder bis zum zehnten Lebensjahr in Jahren sowie Säuglinge bis zur sechsten Lebenswoche als Zahl Null.

3.5.3 Anforderung der Hausbesuche

Hierbei wurde unterschieden zwischen telefonischen Anforderungen, solchen, die den Arzt über Funk während der Besuchsfahrt erreichten und denen, die mündlich in der Praxis oder bei anderen Hausbesuchen ausgesprochen wurden. Ohne Anforderung wurden vereinbarte Mehrfachbesuche und Routinebesuche bei chronisch Kranken ausgeführt.

3.5.4 Art des Besuches

Die Erstbesuche wurden bezogen auf die Art der Erkrankung. Verschiedenartige Erkrankungen nacheinander bedingten mehrere Erstbesuche beimgleichen Patienten. Mehrfachbesuche sind Folgebesuche bei der gleichen Erkrankung eines Patienten, einschließlich der außerhalb dieser Erhebung begonnenen Behandlung. Routinebesuche wurden bei chronisch Kranken ausgeführt.

3.5.5 Grad der Bettlägrigkeit

Es wurde unterschieden in folgende drei Grade: absolute Bettlägrigkeit, d.h. der Patient ist nach ärztlichem Ermessen nicht in der Lage aufzustehen; überwiegend notwendiger Bettlägrigkeit, d.h. der Patient ist in der Lage kurzfristig aufzustehen; bedingt notwendiger Bettlägrigkeit, d.h. der Patient kann, zumindest stundenweise, aufstehen.

3.5.6 Krankenhauseinweisungen und Leichenschau

3.5.7 Sozialer Status der Hausbesuchspatienten

Eingeteilt wurde in die fünf Berufsgruppen der Landwirte, Arbeiter, Angestellten, Beamten und Selbstständigen, sowie in die weiteren Gruppen der Rentner und Sozialhilfeempfänger.

Inbegriffen sind jeweils abhängige Familienangehörige. Eine Nebenerwerbslandwirtschaft oder ein im Nebenerwerb selbstständige Tätigkeit wie zum Beispiel Handel, Handwerk oder Gastwirtschaft innerhalb dieser Familien wurde zusätzlich vermerkt.

3.5.8 Art der Versicherung

Hier wurde die Einteilung in Hauptversicherte, mitversicherte Ehefrauen sowie mitversicherte Kinder laut Angabe im Krankenschein vorgenommen.

Selbstzahler wurden Hauptversicherten gleichgestellt.

3.5.9 Kassenzugehörigkeit der Hausbesuchspatienten

Bei jedem Hausbesuch wurden die Krankenkasse des Patienten oder sonstige Kostenträger der Behandlung notiert.

3.5.10 Entfernung der Hausbesuchsorte zur Praxis

Abgesehen von der Möglichkeit, Kranke von ihrem Wohnort mit Sanitätswagen oder Mietauto zu Praxis bringen zu lassen, hätte auch teilweise das öffentliche Verkehrsmittel benützt werden können. Festgehalten wurde hier, in jedem Einzelfall, die Wegstrecke zwischen Wohnort des Hausbesuchspatienten und der Praxis, sowohl als Fußweg, wie auch als Fahrstrecke.

Fußwege bis 0,5 km blieben unberücksichtigt, darüberhinaus wurde auf volle km aufgerundet.

3.5.11 Möglichkeiten der Nachbarschaftshilfe

Unberücksichtigt von der Schwere der Erkrankung wurde untersucht, ob ein Privatauto mit Fahrer im Hause, oder in erreichbarer Nähe, für die Fahrt zur Praxis zur Verfügung gestanden hätte.

3.5.12 Diagnosen

Ursprünglich wurden die Diagnosen, Krankheitsbilder oder Leitsymptome (3) subjektiv notiert.

Anschließend wurde eine Zusammenfassung in Anlehnung an K. Hodgkin (7) vorgenommen unter Verwendung der Arbeitsdiagnosen von E. Maier (10).

Die Ergebnisse der eigenen Erhebung wurden dann mit den von R.N. Braun (2) und E. Maier (10) ermittelten Beratungsergebnissen aus ländlichen Allgemeinpraxen verglichen.

4. FRAGESTELLUNGEN DER ARBEIT

- a) Wie setzte sich der Personenkreis zusammen, der Hausbesuche anforderte oder deren bedurfte?
- b) Welche Erkrankungen standen im Vordergrund bei der ländlichen Hausbesuchstätigkeit?
- c) Welchen Anteil hatten die Hausbesuche an der gesamten Praxisführung?
- d) Welche Erkenntnisse könnten aus der Hausbesuchstätigkeit eines Landarztes gezogen werden hinsichtlich einer Verbesserung der medizinischen Versorgung seiner Patienten?
- e) Ergeben sich Ansatzpunkte für eine mögliche Umstrukturierung des bisherigen Verfahrens der Hausbesuchstätigkeit?

5. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

5.1. HAUSBESUCHE UND ZEITVERTEILUNG

Tabelle 1 - Verteilung der Hausbesuche im Erhebungszeitraum pro Arbeitstag und Woche, dazu in Klammern die acht vergleichbaren Arbeitswochen vom Vorjahr. (22.3.1971-15.5.1971) Die Wochenfeiertage sind mit - bezeichnet.

Woche	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	wöchentl.
1.	8(21)	8(10)	8(18)	8(13)	5(14)	4(15)	41 (91)
2.	14(10)	9(10)	14(4)	10(5)	-(8)	4(12)	51 (49)
3.	-(21)	10(9)	22(9)	9(4)	11(-)	12(16)	64 (59)
4.	20(-)	14(6)	10(9)	15(10)	9(8)	6(7)	74 (40)
5.	18(6)	11(7)	17(8)	10(5)	6(5)	12(8)	74 (39)
6.	16(12)	15(6)	16(8)	20(8)	6(3)	6(-)	79 (37)
7.	-(-)	22(2)	11(0)	15(5)	6(5)	8(3)	62 (15)
8.	13(5)	7(3)	18(5)	-(11)	20(1)	7(1)	65 (26)
1.-8.	89(75)	96(53)	116(61)	87(61)	63(44)	59(62)	510 (356)

Aus der Tabelle 1 ist ersichtlich, daß 1971 nur 70 % der Hausbesuche von 1972 ausgeführt wurden.

Während des Vorjahreszeitraumes wurde die Praxis von dem Praxisinhaber alleine geführt. Darüberhinaus ist im Vergleich zum Vorjahr zu berücksichtigen, daß sowohl die Kassenscheinzahl angestiegen ist, als auch die bei der Kassenabrechnung erfassten Hausbesuche im ersten Halbjahr 1971 nur um 22,4 % unter denen des ersten Halbjahres 1972 lagen.

Der Quotient Anzahl der Hausbesuche/Anzahl der gesamten Patienten jedoch dürfte sich nur unwesentlich durch die Besetzung der Praxis mit zwei Ärzten verändert haben.

Alle Hausbesuche wurden am gleichen Tage ausgeführt, an dem sie angefordert worden waren.

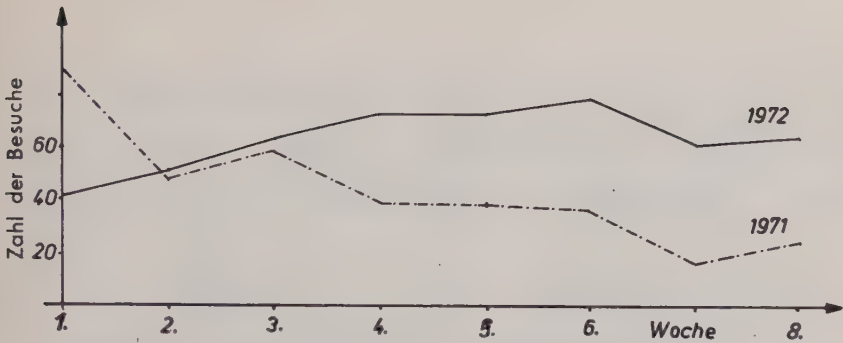


Abbildung 1 - Anzahl der Hausbesuche pro Arbeitswoche

Wie aus der Abbildung 1 hervorgeht, ist die Verteilung der Hausbesuche pro Arbeitswoche im Jahr 1972 gleichmässiger als im Jahre 1971. Der unterschiedliche Verlauf mag witterungsbedingt sein, auch war in der ersten Vergleichswoche von 1971 eine Grippewelle im Abklingen.

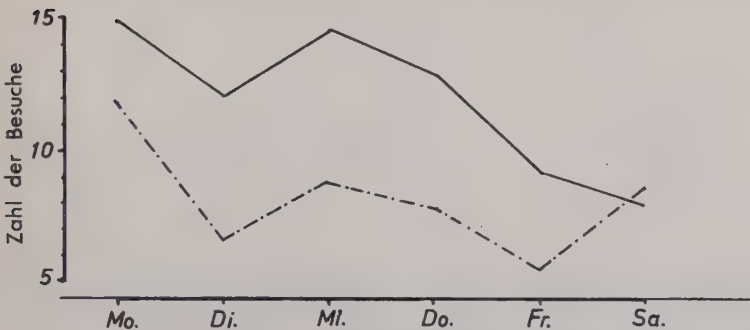


Abbildung 2 - durchschnittliche Hausbesuchszahl an gleichen Wochentagen.

Die Hausbesuchstätigkeit an gleichen Wochentagen lässt erkennen, daß eine Beeinflussung durch die für Hausbesuche verfügbare Zeit bei einfacher Besetzung der Praxis im Jahr 1971 vorgelegen hat. Ausser an den Vormittagen wurde am Dienstag- und Freitagnachmittag Sprechstunde gehalten. (Dienstag Krebsvorsorge - Freitag für Berufstätige) Im Jahre 1972 ist diese Beeinflussung weggefallen, dafür wurden vorwiegend in der Wochenmitte Routinebesuche bei chronisch Kranken durchgeführt. Die hohe Anzahl vom Montag erklärt sich, auch erfahrungsgemäß, durch die vom Patienten hinausgezögerte Anforderung eines Hausbesuches.

Im Durchschnitt wurden an gleichen Wochentagen im beobachteten Zeitraum, abzüglich der Feiertage, die folgende Anzahl von Hausbesuchen durchgeführt:
(Vergleichszahlen von 1971 jeweils in Klammern gesetzt)

Tabelle 2 - Durchschnittliche Hausbesuchszahl an gleichen Wochentagen

an 6 (7) Montagen	je 14,8 (11,7) Besuche
an 8 (8) Dienstagen	je 12,0 (6,6) Besuche
an 8 (7) Mittwochen	je 14,5 (8,7) Besuche
an 7 (8) Donnerstagen	je 12,8 (7,7) Besuche
an 7 (7) Freitagen	je 9,0 (6,3) Besuche
an 8 (7) Samstagen	je 7,4 (8,4) Besuche

An 44 Arbeitstagen wurden 510 (356) Hausbesuche unternommen, durchschnittlich pro Arbeitstag 11,6 (8,1) Hausbesuche.

Die Spitzenbelastung lag bei 22 (22) Besuchen pro Tag, die geringste Anzahl lag bei 4 (0) Besuchen pro Tag.

Tabelle 3 - Zahl der Hausbesuche an Arbeitstagen

bis 5 Besuche an	3 = 6,8 % der Arbeitstage
6-10 Besuche an	19 = 43,2 % der Arbeitstage
11-15 Besuche an	12 = 27,2 % der Arbeitstage
16-22 Besuche an	10 = 22,8 % der Arbeitstage

Wenn auch die angeforderten Hausbesuche am gleichen Tage ausgeführt wurden, so bestand doch für den Arzt eine gewisse Steuerungsbreite der täglich auszuführenden Hausbesuche darin, daß Routinebesuche und manche Folgebesuche auf die arbeitsmäßig günstigeren Tage gelegt werden konnten.

So wurden nicht dringliche Besuche und Routinebesuche zu 64 % in der Wochenmitte (Di.-Do.) ausgeführt, dagegen am Wochenanfang und -Ende (Mo.Fr.Sa.) nur zu 36 %.

Von 220 nicht dringlichen Mehrfachbesuchen und 44 Routinebesuchen (siehe auch Abschnitt 5.4) wurden 33 an einem Montag, 49 an einem Dienstag, 66 an einem Mittwoch, 55 an einem Donnerstag, 31 an einem Freitag und 30 an einem Samstag während des Erhebungszeitraumes ausgeführt.

Verteilung der Hausbesuche auf die Tageszeiten.

Es wurden jeweils die Hausbesuche während zweier Stunden zusammengefasst. Maßgeblich für den Zeitpunkt des einzelnen Hausbesuches war das Eintreffen bei dem Patienten. Wie schon erwähnt, fanden planmäßige Besuchsfahrten vorwiegend zwischen 8 Uhr und 12 Uhr, sowie zwischen 15 Uhr und 18 Uhr statt.

Tabelle 4 - Verteilung der Hausbesuche auf die Tageszeit.

Uhrzeit	Zahl der Besuche	davon dringende Besuche
0 - 4	0	0
4 - 6	3 = 0,6 %	3
6 - 8	13 = 2,5 %	11
8 - 10	66 = 12,9 %	11
10 - 12	100 = 19,6 %	25
12 - 14	22 = 4,3 %	6
14 - 16	55 = 10,8 %	17
16 - 18	156 = 30,6 %	29
18 - 20	69 = 13,5 %	20
20 - 22	18 = 3,5 %	13
22 - 24	8 = 1,6 %	5
	510 100,1 %	140

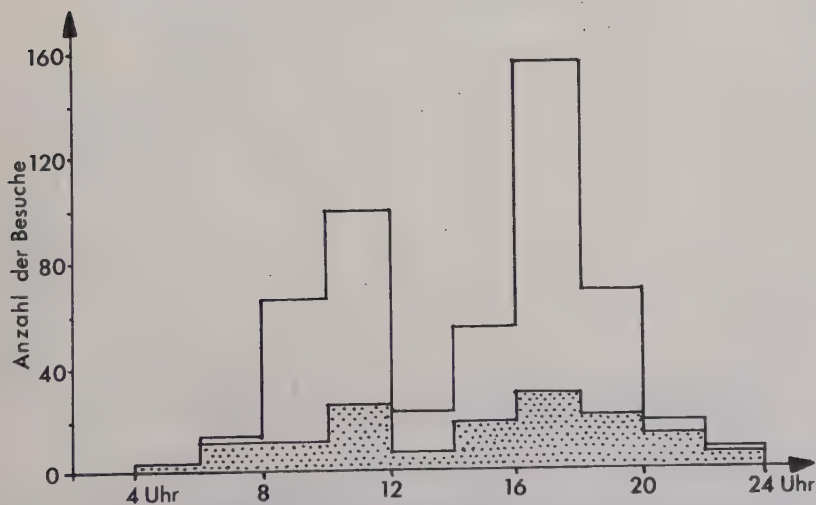


Abbildung 3 - Verteilung der Hausbesuche auf die Tageszeit (Anteil der dringenden Hausbesuche punktiert)

5.2. VERHÄLTNISZAHLEN

Hausbesuchszahl pro Patient

510 Hausbesuche wurden bei 236 Patienten ausgeführt, durchschnittlich pro Patient 2,16 Hausbesuche.

Tabelle 5 - Anzahl der Hausbesuche pro Patient

1 Besuch	bei	135	=	57,3	%	der Patienten
2 Besuche	bei	46	=	19,5	%	der Patienten
3 Besuche	bei	21	=	8,9	%	der Patienten
4 Besuche	bei	10	=	4,2	%	der Patienten
5 Besuche	bei	7	=	3,0	%	der Patienten
6 Besuche	bei	4	=	1,7	%	der Patienten
7 Besuche	bei	4	=	1,7	%	der Patienten
8 Besuche	bei	4	=	1,7	%	der Patienten
9 Besuche	bei	3	=	1,3	%	der Patienten
15 Besuche	bei	1	=	0,4	%	der Patienten
19 Besuche	bei	1	=	0,4	%	der Patienten
		236		100,1	%	

Altersgruppierung der Patienten, diese noch aufgeteilt nach dem Geschlecht männlich-weiblich. Das Alter ist in Lebensjahrzehnte zusammengefasst.

Tabelle 6 - Patientenzahl und Hausbesuchszahl nach Alter und Geschlecht

Alter:	Patienten ges. männl.weibl.			Hausbesuche ges. männl.weibl.			Besuche/ Patient
0-9	70	28	42	92	37	55	1,31
10-19	11	4	7	18	7	11	1,64
20-29	5	1	4	9	1	8	1,80
30-39	17	7	10	27	13	14	1,59
40-49	22	9	13	46	18	28	2,09
50-59	20	5	15	49	22	27	2,45
60-69	26	7	19	76	14	62	2,92
70-79	38	12	26	109	34	75	2,87
80-89	22	9	13	57	24	33	2,59
90-99	5	1	4	27	1	26	5,40
0-99	236	83	153	510	171	339	2,16

Bei männlichen Patienten wurden durchschnittlich 2,06 Hausbesuche durchgeführt, bei weiblichen Patienten durchschnittlich 2,22 Hausbesuche.

Es stehen 35 % männlichen 65 % weibliche Hausbesuchspatienten gegenüber, dagegen ist jedoch die durchschnittliche Anzahl der Hausbesuche bei männlichen und weiblichen Patienten nahezu gleich.

Die durchschnittliche Anzahl der Hausbesuche je Hausbesuchspatient steigt annähernd mit dem Lebensalter, jenseits des Rentenalters besteht jedoch wieder fallende Tendenz. Im Bereich der Neunzigjährigen ist bei dieser Erhebung dieses Bild durch einen besonderen Fall verfälscht. Es handelt sich hier um eine 98-jährige Patientin mit 19 Besuchen wegen einer schwer zu behandelnden cardialen Dekompensation. Lässt man diesen Fall außer Betracht, so ergibt sich der in Abbildung 4 dargestellte Kurvenverlauf.

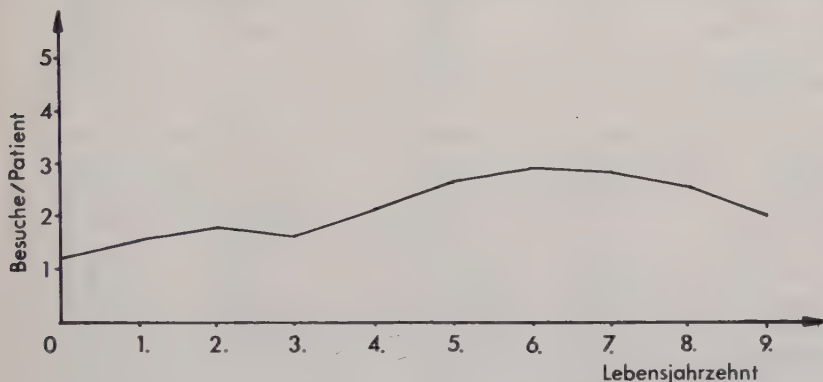


Abbildung 4 - Durchschnittliche Anzahl der Hausbesuche je Hausbesuchspatient nach Lebensalter

Das einmal festgesetzte Verhältnis von männlichen zu den weiblichen Patienten bleibt annähernd über alle Altersstufen konstant. Neben den bis zehnjährigen Kindern ist die zweithäufigste Altersgruppe die der siebzيجjährigen Patienten.

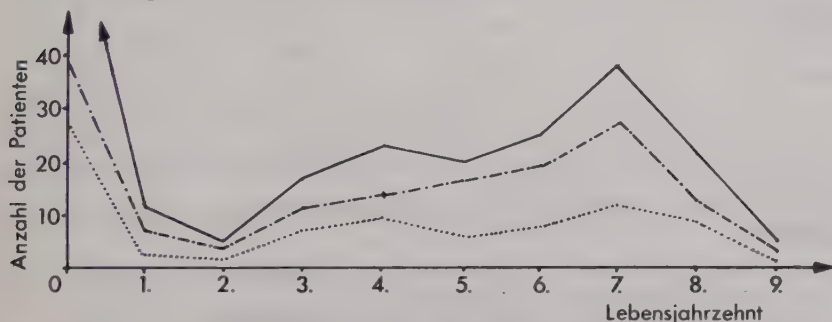


Abbildung 5 - Hausbesuchspatienten nach Alter und Geschlecht
punktiert: männlich, strichpunktiert: weiblich

Tabelle 7 - Gegenüberstellung der Einwohnerzahlen⁺ und der Anzahl der Hausbesuchspatienten im Erhebungszeitraum innerhalb des Einzugsgebietes der Praxis (+ = Stand der Volkszählung von 1970)

Gemeinde und Entf.z.Praxis	männl.Einw. männl.Pat.	weibl.Einw. weibl.Pat.	ges.Einw. ges.Pat.	% Anteil der Pat.
Wegscheid	653	847	1.500	
(bis 2 km)	22	42	64	4,5 %
Meßnerschlag	239	249	488	
(2-7 km)	6	18	24	4,9 %
Eidenberg	258	261	519	
(2-7 km)	12	14	26	5,0 %
Kasberg	158	189	347	
(3-5 km)	8	7	15	4,3 %
Thalberg	289	331	620	
(6-11 km)	8	19	27	4,4 %
Thurnreuth	208	221	429	
(8-10 km)	5	8	13	3,0 %
Möslberg	240	227	467	
(8-12 km)	4	8	12	2,6 %
Gollnerberg	137	137	274	
(11-13 km)	2	8	10	3,7 %
Sonnen	191	230	421	
(12-17 km)	2	8	10	2,4 %
Schönberg	100	90	190	
(13-15 km)	1	3	4	2,1 %
Breitenberg	353	406	759	
(13-17 km)	8	8	16	2,1 %
Gegenbach	319	351	670	
(15-18 km)	5	10	15	2,3 %
gesamter Bereich	3.145 83	3.539 153	6.684 236	3,5 %

Es stehen 35 % männlichen 65 % weibliche Hausbesuchspatienten gegenüber, (1 : 1,85)
dagegen 47 % männlichen 53 % weibliche Einwohner im Einzugsgebiet. (1 : 1,15)

Es waren bei 2,6 % der 3.145 männlichen Einwohner im Erhebungszeitraum Hausbesuche erforderlich,
sowie bei 4,3 % der 3.539 weiblichen Einwohner.

Verhältnis der Zahl der Hausbesuchspatienten zu der Zahl der Patienten, die die Sprechstunde aufsuchen.

Aus technischen Gründen mußte bei der Auszählung der Karteikarten eine geringe Datumsabweichung in Kauf genommen werden.

Herangezogen wurde hier der Zeitraum vom 1.4.1972 bis zum 27.5.1972 gegenüber dem für die Hausbesuchstätigkeit maßgeblichen Zeitraum vom 20.3.1972 bis zum 13.5.1972. Beide Zeitspannen umfassen acht Arbeitswochen mit Verschiebung um sieben Arbeitstage.

Gezählt wurden 3.782 Beratungen für 1.440 Patienten, dem stehen gegenüber 510 Hausbesuche bei 236 Patienten.

Daraus errechnen sich folgende Durchschnittswerte:

pro Hausbesuch 7,4 Beratungen in der Praxis
pro Hausbesuchspatient 6,1 Sprechstundenpatienten

je Sprechstundenpatient 2,62 Beratungen
je Hausbesuchspatient 2,16 Hausbesuche

Eine Hochrechnung über einen längeren Zeitraum, z.B. ein Quartal oder ein Jahr ist mit diesen Verhältniszahlen nicht möglich. Einerseits lässt sich der Anteil der chronisch Kranken, die die Sprechstunde aufsuchen und einen erheblich höheren Grad an ärztlicher Betreuung beanspruchen, nicht ohne gesonderte Erhebung erfassen, andererseits verschiebt eine witterungsbedingte oder endemische Erkrankungswelle diese gesamten Verhältniszahlen erheblich.

5.3 ART DER ANFORDERUNG DER HAUSBESUCHE

Es erfolgten Anforderungen per Telefon zu 166 = 32% d.Bes.
über Funkgerät während der Fahrt zu 60 = 12 % d.Bes.
mündlich, in der Praxis oder unterwegs zu 80 = 16 % d.Bes.
die Anforderung entfällt bei 204 = 40 % d.Bes.

Vereinfacht lässt sich das Verhältnis auch so darstellen:

Telefon : Funk : mündlich : entfällt
8 : 3 : 4 : 10

5.4 ART DES HAUSBESUCHES

Wie schon erwähnt, wurde unterschieden in:
 Erstbesuche, bezogen auf den Beginn einer Erkrankung;
 Mehrfachbesuche, einschließlich der schon ambulant oder
 außerhalb dieser Erhebung erkannten und behandelten Erkr.;
 Routinebesuche bei chronisch erkrankten Dauerbesuchspatienten mit ausgebrannter Diagnostik.

Von 510 Hausbesuchen bei 236 Patienten waren:

204 = 40,0 % Erstbesuche,
 262 = 51,4 % Mehrfachbesuche,
 44 = 8,6 % Routinebesuche.

Folglich waren diagnostische Leistungen bei 40 % aller Hausbesuche zu erbringen, während bei 60 % der Besuche der Verlauf des einmal festgestellten Krankheitsbildes zu überwachen war.

Die 204 Erstbesuche gliedern sich auf in:

98 dringende Besuche,
 106 nicht dringliche Besuche, (1:1,1)

die 262 Mehrfachbesuche gliedern sich auf in:

42 dringende Besuche,
 220 nicht dringliche Besuche. (1:5,2)

Die 204 Erstbesuche wurden bei 185 Patienten ausgeführt, darunter:

ein Erstbesuch bei 167 Patienten,
 zwei Erstbesuche bei 17 Patienten,
 drei Erstbesuche bei 1 Patienten;

nur Mehrfachbesuche wurden bei 31 Patienten vorgenommen, davon schon behandelt:

vor dem Erhebungszeitraum	12 Patienten,
während des Sonntagsdienstes	8 Patienten,
ambulant in der Praxis	7 Patienten,
zuvor stationär in Krankenhaus	3 Patienten,
von einem auswärtigen Kollegen	1 Patient;

ausschließlich Routinebesuche wurden bei 20 Patienten vorgenommen.

Bei dem Stamm von chronisch erkrankten Dauerbesuchspatienten ergibt eine Hochrechnung über ein ganzes Jahr für diese Gruppe eine durchschnittl. Zahl von 15 Besuchen pro Patient. Inwieweit sich bei der Gruppe der vorübergehend erkrankten Patienten der bei dieser Erhebung gefundene Wert von 2,12 Besuchen/Patient bei einer Hochrechnung auf ein ganzes Jahr verändern würde, ist hier nicht abschätzbar.

5.5. DER GRAD DER BETTLÄGRIGKEIT

Bei 507 Hausbesuchen wurde versucht, den Grad der Bettlägrigkeit in drei Abstufungen einzuteilen. Maßstäbe der Beurteilung siehe Abschnitt 3.5.5 Seite 10.

Die Bettlägrigkeit war:

absolut erforderlich - bei 265 = 53 % der Patienten,
überwiegend notwendig bei 168 = 33 % der Patienten,
bedingt notwendig bei 71 = 14 % der Patienten.

Alle absolut bettlägerigen Patienten wären, zumindest im Krankenwagen, zur Einweisung in das nächstgelegene Krankenhaus transportfähig gewesen.

5.6. KRANKENHAUSEINWEISUNGEN

In den acht Arbeitswochen des Erhebungszeitraumes erfolgten:
aus der Sprechstunde 17 Einweisungen in das Krankenhaus,
im Sonntagsdienst 7 Einweisungen in das Krankenhaus,
bei Hausbesuchen 24 Einweisungen in das Krankenhaus;

durchschnittlich 6 Krankenhauseinweisungen pro Woche,
davon die Hälfte während der Hausbesuche.

Bei dringenden Hausbesuchen wurden 14 Krankenhauseinweisungen vorgenommen, bei nicht dringlichen Hausbesuchen 10 Einweisungen.

Von den eingewiesenen Hausbesuchspatienten waren 5 männlichen und 19 weiblichen Geschlechts.

Tabelle 8 - Altersgruppen der ins Krankenhaus eingewiesenen Hausbesuchspatienten

Alter:	1-9	10-19	30-39	40-49	70-79	80-89 Jahre
Anzahl der Patienten:	5	3	2	5	5	4

Tabelle 9 - Gründe für die Krankenhauseinweisungen

akute Appendicitiden	6	Pneumonien	2
apoplektiforme Zust.	2	Lebertumor, Ikterus	1
incarc. Hernie	1	rheumat. Fieber	1
Fraktur	1	Gallenkolik	1
Luxation	1	Varizenblutung	1
Magenblutung, Schock	1	Nierenkolik	1
Dumping-Syndrom	1	Metorrhagie	1
Unterbauchtumor	1	hochfieberh. Infekt	1

5.7. SOZIALER STATUS DER HAUSBESUCHSPATIENTEN

die Anzahl der Patienten mit gleichem sozialen Status und die bei ihnen erforderliche Anzahl von Hausbesuchen wird hier gegenübergestellt. In der Anzahl der Patienten sind auch Kinder inbegriffen, deren Anzahl noch gesondert neben der Anzahl der gesamten Gruppe in Klammern beigefügt wird. Die Definition "Kinder" ist hier im kassenrechtlichen Sinne gegeben, d.h. Personen, die vom Haushalt der Eltern abhängig sind.

Tabelle 10 - Sozialer Status der Hausbesuchspatienten und deren Anteil an Hausbesuchen.

Status der Patienten	Anzahl der Patienten (davon Kinder)	Anzahl d. Besuche/ Patient
Arbeiter	69 = 29,2 % (45)	106
Angestellte	22 = 9,4 % (15)	30
Landwirte	36 = 15,5 % (13)	74
Beamte	5 = 2,1 % (1)	7
Selbstständige	10 = 4,2 % (4)	15
Rentner	89 = 37,6 % (3)	263
Sozialh.Empf.	5 = 2,1 % (-)	15
	<u>236</u> 100,1 % (81)	<u>510</u>
		2,16

Die zahlenmäßig stärkste Gruppe, die der Rentner, ist gesondert aufgegliedert in:

- 42 weibliche hauptversicherte Rentner, überwiegend verwitwet, mit 145 Hausbesuchen, durchschnittlich 3,46 Besuche/Patient;
- 19 Rentnerehefrauen mit 38 Hausbesuchen, durchschnittlich 2,0 Besuche/Patient;
- 25 männliche hauptvers. Rentner mit 71 Hausbesuchen, durchschnittlich 2,74 Besuche/Patient;
- 3 Rentnerkinder mit 9 Hausbesuchen, durchschnittlich 3,0 Besuche/Patient.

Einen Nebenerwerb hatten 70 = 13,7 % der Patienten selbst oder deren Familienangehörige, davon:

- ein Nebengewerbe 17 Rentner, (als Gastwirt 8, im Handel 4) (Versicherung 2, Handwerk 3)
- eine Nebenerwerbslandwirtschaft
 - 33 Rentner, 1 Selbstständiger
 - 18 Arbeiter, 1 Sozialh.Empf.

5.8. KASSENZUGEHÖRIGKEIT DER HAUSBESUCHSPATIENTEN

Tabelle 11 - Zugehörigkeit der Hausbesuchspatienten zu den Krankenkassen mit Anzahl der Besuche.

Krankenkasse	Anzahl der Patienten	Anzahl der Hausbesuche
Allg.Ortskrk.Passau	157 = 66,6 %	339
Allg.Ortskrk.München	13 = 5,5 %	21
Bundebehandlungsschein	4 = 1,7 %	23
einw. Betriebskankenk.	1 = 0,4 %	1
ausw. Betriebskrankenk.	13 = 5,5 %	24
Innungskrankenkassen	1 = 0,4 %	1
Süddeutsche Knappschaft	7 = 3,0 %	23
Barmer Ersatzkasse	15 = 6,3 %	23
Dt.Angest.Krankenkasse	3 = 1,3 %	3
Technikerkrankenkasse	2 = 0,8 %	3
Sozialhilfe-Verwaltung	5 = 2,1 %	15
Privatpatienten,-kassen	14 = 5,9 %	32
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	1 = 0,4 %	2
GESAMT:	236 99,9 %	510

Zusammengefasst in RVO-Kassen und Ersatzkassen :

RVO-Kassenpat. = 84,8 % mit 87,4 % der Hausbesuche
 Ersatzkassenpat. = 8,8 % mit 5,9 % der Hausbesuche
 Privatpatienten = 5,9 % mit 6,3 % der Hausbesuche
 sonstige Pat. = 0,4 % mit 0,4 % der Hausbesuche

Der Anteil von Patienten, die bei auswärtigen Krankenkassen versichert sind, beträgt 18,2 %; der Anteil von Arbeitern und Angestellten mit Familienangehörigen beträgt 38,6 %. Folglich geht aus der Gruppe der Arbeiter und Angestellten knapp die Hälfte einer Arbeit als sogenannter Fernpendler nach.

Tabelle 12 - Aufgliederung der Patienten in Hauptversicherte, Ehefrauen und Kinder nach Status

sozialer Status	HVmännl.	HVweibl.	Ehefrau	Kinder
Arbeiter	11	5	8	45
Angestellte	1	4	2	15
Landwirte	6	4	13	13
Beamte	2	-	2	1
Selbstständige	4	-	2	4
Rentner	25	42	19	3
Sozialh. Empf.	2	3	-	-

5.9. ENTFERNUNGEN ZUR PRAXIS

Die Entfernungen der 510 Hausbesuchsorte zur Praxis betrugen insgesamt 3.501 km. Unter Berücksichtigung des öffentlichen Verkehrsmittels wurde aufgeschlüsselt, wie die Entfernung zur Praxis von den Hausbesuchspatienten hätte zurückgelegt werden können, wenn sie die Sprechstunde aufgesucht hätten.

Tabelle 13 - Anzahl der Hausbesuchsorte nach Entfernung zur Praxis in Bus-Kilometern und Fußwegkilometern.

Bus-km													
14,8km	10	-	13	8	11	-	-						
13,3km	-	4	-	8	2	5	6	-					
11,6km	23	7	3	-	3	-	-	-	-				
8,3km	14	5	7	17	-	-	-	-	-	-			
6,4km	5	16	5	-	1	14	2	-	-	-	-		
4,0km	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3,4km	-	3	8	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2,3km	3	16	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1,7km	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0,0km	127	-	16	37	-	20	5	3	10	12	25	13	2
Fußweg	Nah- ber.	1km	2km	3km	4km	5km	6km	7km	8km	9km	10km	11km	12km

127 = 24,6 % Hausbesuchsorte lagen im Nahbereich der Praxis,
(Entfernung unter 0,5 km)

66 = 12,9 % im Nahbereich zu Bushaltestellen,
(durchschnittliche Fahrstrecke 8,9 km)

143 = 28,4 % ohne tägliche Fahrgelegenheit mit öffentl. Bus,
(durchschnittlicher Fußweg 6,3 km)

174 = 34,1 % gemischt öffentliche Busstrecke und Fußweg.
(durchschnittlicher Gesamtweg 12,6 km)
(davon mit Bus 8,9 km, Fußweg 3,7 km)

24,6 % der Besuchsorte lagen im Nahbereich der Praxis,

24,0 % der Besuchsorte lagen im Umkreis von 2-5 km Entfernung

21,6 % der Besuchsorte waren 6-10 km von der Praxis entfernt

18,8 % der Besuchsorte waren 11-15 km von der Praxis entfernt

10,9 % der Besuchsorte waren 16-19 km von der Praxis entfernt

Bei Sternfahrten hätte zu den Hausbesuchsorten eine Fahrstrecke von 7.002 km zurückgelegt werden müssen, dagegen betrug die tatsächliche vom Praxiswagen bei Hausbesuchsfahrten im Erhebungszeitraum zurückgelegte Strecke 3.254 km. (im Schnitt pro Arbeitstag 74 km; max. 138 km, min. 23 km)

5.10. MÖGLICHKEITEN DER NACHBARSCHAFTSHILFE

Bei 136 = 26,7 % der 510 Hausbesuche hätte zum Zeitpunkt der Ausführung des Hausbesuches im Hause oder im Rahmen der Nachbarschaftshilfe ein Privatauto mit Fahrer zum Transport des Patienten zur Praxis und zurück zur Verfügung gestanden. Jedoch handelte es sich bei 80 dieser 136 Hausbesuche um absolut bettlägrige Patienten, denen ein Transport zur Praxis und zurück im PKW nicht zuzumuten gewesen wäre. Bei 40 Hausbesuchen handelte es sich um überwiegend bettlägrige Patienten, bei 16 Hausbesuchen um bedingt bettlägrige Patienten.

5.11. AUFGEWENDETE ARBEITSZEIT FÜR DIE HAUSBESUCHE

An 44 Arbeitstagen wurden ab Verlassen der Praxis bis zum Wiedereintreffen in der Praxis 196 Stunden 40 Minuten Arbeitszeit aufgewendet.
Durchschnittliche Arbeitszeit pro Arbeitstag 4 h 28 min.
(minimal 1 h 45 min; maximal 8 h 30 min)

Reale Arbeitszeit für Hausbesuche pro Arbeitswoche:

1.Woche 20 Stunden 10 min; 2.Woche 17 Stunden 20 min;
3.Woche 27 Stunden 45 min; 4.Woche 29 Stunden 5 min;
5.Woche 30 Stunden 30 min; 6.Woche 25 Stunden 55 min;
7.Woche 23 Stunden 40 min; 8.Woche 22 Stunden 15 min.

Bei 510 Hausbesuchen entfallen pro Hausbesuch 23min 6sek;
davon Anwesenheit beim Patienten 10min 48sek;
und Zeitaufwand für den Fahrweg 12min 18sek.

Bei 51 Hausbesuchen (Nr.333-383) wurde noch eine genauere Aufschlüsselung der Anwesenheit bei den Patienten vorgenommen. Dabei entfielen durchschnittlich:

Aufwand für Formulare	1min 36sek,
Händewaschen	1min 12sek,
reine Zeit für Anamnese, Diagnostik und Therapie	8min.

Maximale Anwesenheitszeit 34min, kürzeste Zeit 4min.

In der für Formulare aufgewendeten Zeit sind bei den angegebenen 51 Hausbesuchen folgende Formblätter geschrieben worden.

24 Rezepte,
4 Krankenhauseinweisungen,
4 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen,
1 Leichenschauurkunde.

In den 12min 18sek für den durchschnittlichen Fahrweg pro Hausbesuch sind 6,38 km Fahrstrecke im Praxiswagen zurückgelegt worden, durchschnittliche Geschwindigkeit 31,6 km/h.

5.12. DIAGNOSEN ODER KRANKHEITSBILDER

Bei 510 Hausbesuchen wurden 579 Leitsymptome, Krankheitsbilder oder Diagnosen festgestellt, die behandlungsbedürftig waren. Bei 63 = 12,4 % der Hausbesuche waren zwei, bei 6 = 1,2 % der Hausbesuche drei Krankheitsbilder behandlungsbedürftig.

Tabelle 14 - Aufschlüsselung der bei Hausbesuchen gestellten Diagnosen nach Fächern, verglichen mit den Erhebungen von MAIER (10) und BRAUN (2)

Fälle aus den Fächern	eigene Erhebung Zahl in %	E.Maier in %	R.N.Braun in %
Cardiologie, Angiolog.	151 = 26,0 %	12,28 %	9,89 %
Gastroenterologie	75 = 12,9 %	12,73 %	9,97 %
Pulmonologie	63 = 10,9 %	9,73 %	7,96 %
Neurologie, Psychiatr.	56 = 9,7 %	18,12 %	13,48 %
Dermatologie	46 = 7,9 %	8,08 %	8,10 %
HNO	42 = 7,3 %	5,46 %	10,27 %
Chirurgie	37 = 6,4 %	5,36 %	13,13 %
Urologie, Nephrologie	27 = 4,7 %	2,66 %	0,98 %
Orthopädie	22 = 3,8 %	9,34 %	3,49 %
Pädiatrie	21 = 3,6 %	0,81 %	8,99 %
Infektionskrankheiten	9 = 1,6 %	1,71 %	2,83 %
Endokrinologie	8 = 1,4 %	5,37 %	1,22 %
Hämatologie	6 = 1,1 %	1,61 %	0,22 %
Geriatric	6 = 1,1 %	—	—
Gynäkologie	5 = 0,9 %	4,85 %	2,50 %
Augen	2 = 0,3 %	1,50 %	2,86 %
mortuus - Leichenschau	3 = 0,5 %	—	—
	579 = 100,1 %	99,61 %	95,89 %

E. MAIER hat ca. 3.500 Beratungsergebnisse einer Landpraxis in Bayern im 1. Halbjahr 1970 erfasst, R.N.BRAUN alle Beratungsergebnisse seiner Landpraxis in Niederösterreich in den Jahren 1955 bis 1959.

Übereinstimmung besteht nur im Fach Dermatologie, in anderen Fächern differieren die Ergebnisse zum Teil erheblich. Diese Differenz erklärt sich einerseits aus der hier spezifischen Hausbesuchstätigkeit, andererseits werden Einflüsse wie der Sättigungsgrad der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, der Grad und Umfang der Sozialversicherung sowie umweltbestimmende Einflüsse Abweichungen zur Folge haben.

Aufgliederung der bei Hausbesuchen festgestellten Krankheitsbilder, nach Fachgruppen geordnet.

Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche

Neuralgien, alle	10
Nausea	8
perinatale cerebrale Schädigung	7
multiple Sklerose	7
psychoneurotische Depressionen	6
Kleinhirnnataxie, Vertigo	4
Migräne, Kephalaalgie	3
apoplektiforme Bewußtlosigkeit	2
Epilepsie	2
Tetanie	2
Schizophrenie	2
epileptiforme Krämpfe	2
Nervenzusammenbruch	1

Erkrankungen des Herzens und der Gefäße

dekompensierte Herzinsuffizienz	79
Stenocardie, Angina pectoris	18
Apoplexie	15
Herzrhythmusstörung	13
cerebrale Durchblutungsstörung	9
dekomp. Hypertonie	8
Myocardinfarkt	3
hypotoner Kreislaufkollaps	2
Asthma cardiale	2
Lymphangitis	2

Erkrankungen des Verdauungssystems

akute Gastritis	15
Gallenkolik	13
inoperabler Magentumor	9
Lebercirrhose	7
unklare Bauchbeschwerden	7
Gastroenteritis	6
Intestinalsklerose	4
Ascites	4
Verschlußikterus mit Kolik	3
Meteorismus	2
Hämatemesis	2
inoperabler Lebertumor	2
blutende Hämorrhiden	1

Erkrankungen der Atmungsorgane

Bronchitis	25
grippaler Infekt	14
Pneumonien	14
Asthma bronchiale	4
asthmoide Bronchitis	3
Emphysembreñchitis	2
Pneumothorax	1

orthopädische und rheumatologische
Erkrankungen

Gon- Coxarthrose	13
rheumatischer Fieberschub	4
LWS-Syndrom	3
Arhtrosis deformans	2

Hautkrankheiten

Allergien, Urticaria	12
Abszesse	7
Lues III	5
Thrombophlebitiden	5
Herpes zoster	3
generalisiertes Ekzem	3
Stauungsdermatosen	3
Sklerodermie	4
Verbrennungen, Verbrühungen	2
Pemphigus	1
Decubitus sacralis	1

Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten

Tonsillitiden, Tonsillarabszesse	31
Otitis media	5
Seitenstrangangina	2
Pseudo-Kroup	1
Epistaxis	1
Aphonie	1
Sinusitis	1

chirurgische Erkrankungen

Appendicitis acuta	9
Frakturen	6
Malignomverdacht	5
Dumping-Syndrom	4
postoperative Zustände	4
Magenblutung, -perforation	3
incarcerierte Inguinalhernien	2
Riss-Schnitt-Platzwunden	1
Luxationen	1
akutes Abdomen	1
Quetschungen, Prellungen	1

endokrinologische Erkrankungen	
Arthritis urica	4
diabetisches Präcoma	3
endemische Struma	1
gynäkologische Erkrankungen	
postpartale Versorgung	2
Metrorrhagie	1
Frühgeburt	1
Übertragung bei Gravidität	1
urologische und nephrologische Erkrankungen	
Nephrosklerose, Präurämie	11
Nierenkolik	6
akute Harnverhaltung	5
hämorrhagischer Harnwegsinfekt	4
Prostatitis	1
hämatologische Erkrankungen	
Polzythaemia vera (final)	6
Augenkrankheiten	
Glaukoma	1
Hämatom der Sklera	1
Infektionskrankheiten	
Hepatitis infectiosa	2
Varicellen	2
Pertussis	2
Masern	2
Mononukleose	1
pädiatrische Erkrankungen	
unklarer hochfieberhafter Infekt	13
Vorsorgeuntersuchungen (Mütter un- abkömmlich nach Hausgeburt)	3
Pylorospasmus	2
Hydrocephalus	1
Spastikerkind	1
Nabelgranulom	1
geriatrische Erkrankungen	
Alterskachexie	5
prämortales Senium	1

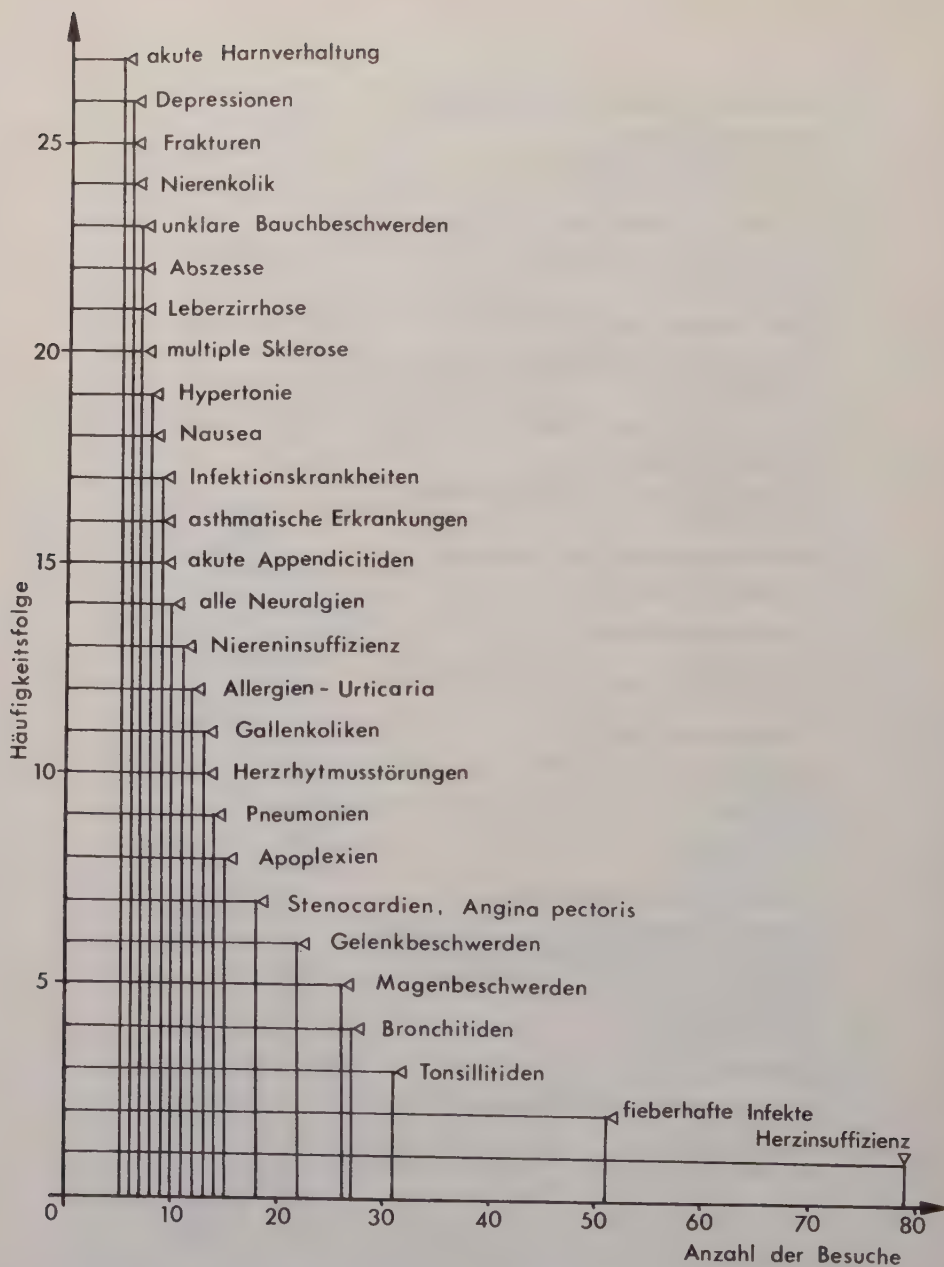


Abbildung 7 - Reihenfolge der häufigsten Krankheitsbilder bei Hausbesuchen.

5.13. DRINGENDE HAUSBESUCHE

Die dringend angeforderten Hausbesuche bedingen eine eigene Untergruppierung zur Darstellung der Beziehungen hinsichtlich des Anteiles an den gesamten Hausbesuchen, der Zeitverteilung, der Altersgruppierung und der Diagnosen.

Obwohl ärztlicherseits versucht wird, bei der Anforderung eines dringenden Hausbesuches dessen medizinische Notwendigkeit einzuengen, überwiegt jedoch die subjektive Beurteilung der Notlage durch den Patienten oder dessen Betreuer.

Von 510 Hausbesuchen wurden 140 = 27,4 % dringlich ausgeführt. Verhältnis der dringlichen Hausbesuche zu den nicht dringlichen wie 140 : 370 oder 1 : 2,64. Pro Arbeitstag wurden durchschnittlich 3,1 dringende Hausbesuche ausgeführt. Das Minimum lag bei 0, das Maximum bei 10 dringenden Hausbesuchen an einem Arbeitstag.

In 98 Fällen handelte es sich um dringende Erstbesuche, in 42 Fällen um dringende Mehrfachbesuche infolge einer Verschlechterung des Zustandes eines schon behandelten Kranken.

Gegenüber den bei allen Hausbesuchen festgestellten Krankheitsbildern oder Diagnosen verschieben sich die bei dringenden Hausbesuchen festgestellten teilweise nicht unerheblich. Zur Hälfte sind in den Fachgruppen höhere, zur Hälfte niedrigere Prozentzahlen zu verzeichnen.

Tabelle 15 - Verteilung der Krankheitsbilder bei dringenden Hausbesuchen, zusammengefasst nach Fächern

Fächer	ganze Zahl	%	Veränderung in %	+)
größerer Anteil als bei allen Hausbesuchen:				
Gastroenterologie	22 =	14,6 %	+ 1,7 %	
Urologie, Nephrologie	14 =	9,3 %	+ 4,6 %	
Chirurgie	13 =	8,6 %	+ 2,2 %	
HNO	12 =	8,0 %	+ 0,7 %	
Pädiatrie	11 =	7,3 %	+ 3,7 %	
Orthopädie	6 =	4,0 %	+ 0,2 %	
Hämatologie	3 =	2,0 %	+ 0,9 %	
geringerer Anteil:				
Cardiologie	32 =	21,2 %	- 4,8 %	
Pulmonologie	12 =	8,0 %	- 2,9 %	
Dermatologie	11 =	7,3 %	- 0,6 %	
Neurologie, Psychiatrie	10 =	6,6 %	- 3,1 %	
Endokrinologie	2 =	1,3 %	- 0,1 %	
Infektionskrankheiten	2 =	1,3 %	- 0,7 %	
Gynäkologie	1 =	0,7 %	- 0,2 %	

+) Veränderung gegenüber allen behandelten Krankheitsbildern bei Hausbesuchen.

Da die in Tabelle 15 erhobenen Anzahlen im Bereich der kleinen Zahl liegen und vielerlei Einflüssen unterworfen sind, können die Prozentwerte nicht repräsentativ für die bei dringenden Hausbesuchen vorkommenden Krankheitsbilder stehen. Vermeidbar gefährliche Krankheitsabläufe wurden erfahrungsgemäß auch oft bei nicht dringlichen Hausbesuchen gefunden, dies konnte bei dieser Erhebung aber nicht erfasst werden.

Tabelle 16 - Verteilung der dringenden Hausbesuche über die Tageszeit, unterteilt in drei Altersgruppen, die der Kinder bis 10 Jahre, den 11 bis 64-Jährigen und über 65-jährigen Patienten im Rentenalter.

Uhrzeit:	Kinder	Erwachsene	Rentner	gesamt
4-5 Uhr	-	-	1	1
5-6 Uhr	1	-	1	2
6-7 Uhr	1	2	2	5
7-8 Uhr	-	5	1	6
8-9 Uhr	2	1	1	4
9-10 Uhr	1	-	6	7
10-11 Uhr	3	2	5	10
11-12 Uhr	2	5	8	15
12-13 Uhr	1	2	1	4
13-14 Uhr	1	-	1	2
14-15 Uhr	1	1	1	3
15-16 Uhr	3	5	6	14
16-17 Uhr	3	7	7	17
17-18 Uhr	3	5	4	12
18-19 Uhr	2	3	3	8
19-20 Uhr	4	4	4	12
20-21 Uhr	2	4	4	10
21-22 Uhr	-	3	-	3
22-23 Uhr	1	-	1	2
23-24 Uhr	1	1	1	3
gesamt	32	50	58	140

Während sich die dringenden Hausbesuche bei Kindern fast gleichmäßig über den Tagesablauf verteilen, ist bei den Patienten im Rentenalter eine Anhäufung dringend angeforderter Besuche während der planmäßigen Besuchsfahrten zu verzeichnen, offensichtlich weil berücksichtigt wird, daß der Arzt ohnedies unterwegs ist und man auch nicht vergessen werden will. Die Mittagseinsenkung ist eher mit Rücksichtnahme auf den Arzt als mit mangelnder ärztlicher Bereitschaft zu erklären, in dieser Zeit dringende Besuche auszuführen. Bei allen drei Gruppen zeigt sich ein deutlicher Dämmerungsgipfel bei dem sich mit hereinbrechender Nacht die Angst vermehrt. Im Nachmittagsbereich dürften verkappte Nachzügler sein, die nicht zur Sprechstunde kamen.

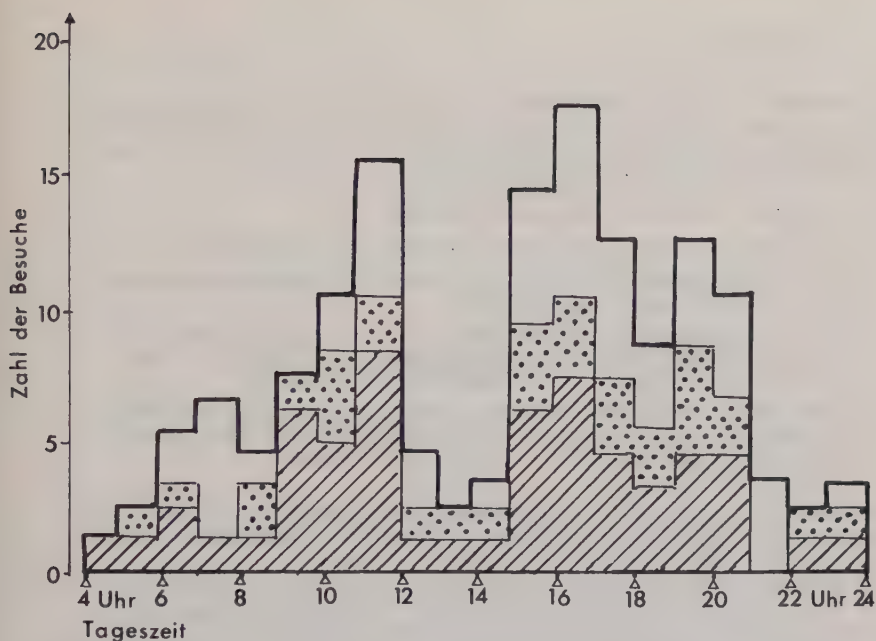


Abbildung 8 - Verteilung der dringenden Hausbesuche über die Tageszeit (Kinder punktiert, Patienten im Rentenalter schraffiert)

Tabelle 17 - Dringende Hausbesuche, geordnet nach Alter und Geschlecht der besuchten Patienten

Alter	männlich	weiblich	gesamt	in %
bis 9 Jahre	9	22	31	22,1 %
10-19 Jahre	1	6	7	5,0 %
20-29 Jahre	-	3	3	2,1 %
30-39 Jahre	5	6	11	7,9 %
40-49 Jahre	4	5	9	6,4 %
50-59 Jahre	7	11	18	12,8 %
60-69 Jahre	4	8	12	8,6 %
70-79 Jahre	9	18	27	19,3 %
80-89 Jahre	7	12	19	13,6 %
90-99 Jahre	-	3	3	2,1 %
	46	94	140	99,9 %

Lediglich die 50-59 Jährigen beanspruchten mehr dringende Hausbesuche, als ihre Altersgruppe erwarten lässt.

6. ERGEBNISSE

Es wurden in einer Landpraxis im Bayerischen Wald alle Hausbesuche in der Zeit vom 20.3.1972 bis 13.5.1972 einer Analyse unterzogen. (Die Hausbesuche im Sonn- und Feiertagsdienst wurden nicht berücksichtigt)

Die Analyse erbrachte folgende Ergebnisse:

- a) Im Zeitraum von acht Wochen fielen 510 Hausbesuche an.
- b) Im Durchschnitt wurden bei jedem Hausbesuchspatienten 2,16 Hausbesuche ausgeführt.
- c) Der durchschnittliche Zeitbedarf für einen Hausbesuch betrug 23 min, davon für die ärztliche Tätigkeit im Hause 10,8 min, für die Fahrzeit 12,2 min.
- d) Der Zeitaufwand für Hausbesuche insgesamt (ärztliche Tätigkeit plus Fahrzeit) verhielt sich zur Arbeitszeit für Sprechstunden wie 197 zu 208 Stunden, oder wie 1 zu 1,15.
- e) Die Zahl der während der Hausbesuche versorgten Patienten verhielt sich zur Zahl der während der Sprechstunde versorgten Patienten wie 1 zu 7,4.
- f) Die Zahl der Hausbesuche pro Tag betrug im Durchschnitt 11,6 Besuche, darunter waren 3,1 dringende Hausbesuche. Das Maximum der Hausbesuche lag bei 22 Besuchen an zwei Tagen, das Minimum bei 4 Besuchen ebenfalls an zwei Tagen.
- g) Unter den Hausbesuchen waren:
 - 40 % Erstbesuche
 - 51 % Mehrfachbesuche (Folgebesuche)
 - 9 % Routinebesuche bei chronisch Kranken
(die nicht mehr in der Lage waren, die Sprechstunde aufzusuchen).
- h) Trotz etwa gleicher Verteilung der Geschlechter männlich-weiblich unter der Bevölkerung erforderten die Patienten weiblichen Geschlechts in allen Altersklassen mehr Hausbesuche. Das Verhältnis war nicht wie zu erwarten 1 zu 1,15 sondern 1 zu 1,85.
- i) Die während der Hausbesuche behandelten Fälle gehörten allen medizinischen Disziplinen an. Die Fälle aus den Disziplinen Cardiologie, Gastroenterologie und Pulmonologie machten allein die Hälfte der Fälle aus.
- k) Kinder bis zum 10. Lebensjahr erforderten 18 % der Besuche, Patienten über 60 Jahre 51 % der Besuche. Bemerkenswert ist, daß beide Gruppen je 30 % der Hausbesuchspatienten ausmachten.
- l) Durchschnittlich mußten pro Patient 6,4 km an Fahrweg aufgewendet werden. (An- und Abfahrt)

7. LITERATURVERZEICHNIS

- 1) BRANDLMEIER, P.:
Vorbemerkungen zum Problem der Hausbesuche.
Band "Die Allgemeinpraxis" der Taschenbuch-
reihe "Die Allgemeinmedizin" (16)
- 2) BRAUN, R.N.:
Feinstruktur einer Allgemeinpraxis
Schattauer-Verlag, Stuttgart 1961
- 3) BRAUN, R.N.:
Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis
Urban u. Schwarzenberg, München 1970
- 4) FRANZ, U.:
Hinweise aus einer Allgemeinpraxis
Deutsches Ärzteblatt 6 (1965) 321-327
- 5) GEIGER, F.:
Die Hauspflege des chronisch Kranken
(wie 16)
- 6) GILLIE-Report
The Field of Work of the Family Doctor.
Report of the Sub-Committee Her Majesty's
Stationary Office, London 1963
- 7) HODGKIN, K.:
List of incidence rates in order of frequency
aus: K. Hodgkin: Towards earlier Diagnosis
E. and S. Livingstone Ltd, London
- 8) LEITNER, I.:
Podiumsgespräch auf dem X. Internationalen
Kongress für Allgemeinmedizin, zitiert nach
K. Engelmeier, Westf. Ärztebl. (1968) 9119
sowie N.N. Der praktische Arzt, 10 (1968) 472
- 9) LEVITT, N.H.:
Erfahrungen eines Hausarztes,
aus: Medizinischer Psychologie in der
hausärztlichen Praxis
herausgegeben von M. Balint u.a.
Hippokratesverlag, Stuttgart 1962
- 10) MAIER, E.:
Das Krankengut des praktischen Arztes
Inaugural-Dissertation, München 1971

- 11) MAIWALD, D. und H. GIESSWEIN, :
Wert und Unwert des Hausbesuches
Selecta 13 (1970)
- 12) PILLAU, H. :
Die Hausbesuchstätigkeit des Allgemeinarztes
(wie 16)
- 13) ROMANO, I. :
Beiträge der modernen Psychiatrie zur haus-
ärztlichen Praxis
- 14) SCHMÜCKER, N. :
Arzt in der Praxis
J.F. Lehmann Verlag, München 1969
- 15) STROTZKA, H. u.a. :
Kleinburg - eine sozialpsychiatrische Feldstudie
Österreichischer Bundesverlag, Wien 1969
- 16) ZÖLLNER, N., S.HÄUSSLER, P.BRANDLMEIER, J.KORFMACHER
Taschenbuchreihe Allgemeinmedizin
Band: "Die Allgemeinpraxis"
Springer Verlag, Heidelberg-Berlin-New York
(im Druck)

Ich bin Herrn Prof. Dr. N. Zöllner
für die Überlassung der Dissertation
dankbar.

Für die freundliche Unterstützung bin
ich Herrn Dr. P. Brandlmeier und
Herrn Dr. U. Lamprecht zu Dank ver-
pflichtet.

LEBENS LAUF

Am 11.5.1938 wurde ich als Sohn des Chemikers Dr. Ing. Armin Rudolf Wilhelm Pohl und seiner Ehefrau, Dr. med. Alice Helene Aline Henriette Pohl, geb. Krüger, verw. Kloeppel in Dresden geboren. Nach dem Besuch der Grundschule in Dresden siedelte ich 1947 zu meinem Vater nach Palling/Oberbayern über und besuchte dort weiter die Grundschule. Während meines ersten Realschuljahres am ehemaligen Großen Militärweisenhaus in Sulzbach/Rosenberg Oberpfalz verstarb 1950 mein Vater. Nach Auflösung dieses Hauses nahm mich freundlicherweise Oberstudiendirektor Dr. Keller in Aalen/Württ. auf. Dort besuchte ich bis 1959 das Schubart-Gymnasium (mathem.-naturwiss. Zweig), 1959/60 besuchte ich die Abiturklasse des Albert-Schweitzer-Gymnasiums in Crailsheim/Württ. und legte dort am 16.3.1960 die Reifeprüfung ab. Meine Mutter führte bis zu einer schweren Erkrankung 1967 ihre Allgemeinpraxis in Dresden weiter.

Nach einem Industriepraktikum in Nürnberg studierte ich bis zum Vordiplom an der Technischen Hochschule in München Elektrotechnik, nach einer anschließenden halbjährigen Referendarzeit bei der Deutschen Bundesbahn begann ich im Sommersemester 1964 an der Universität München das Studium der Medizin. Am 24.4.1967 bestand ich das Physikum und setzte nach vorangegangener Werkstudententätigkeit nunmehr mit Stipendien der Allgemeinen Studienstiftung und Förderung des Freistaates Bayern mein klinisches Studium fort, das ich am 16.6.1970 mit dem Staatsexamen beendete.

Nach einer Medizinalassistentenzeit in Thusis/Graubünden und Berlin erhielt ich am 26.7.1971 vom Bayerischen Staatsministerium des Inneren die Bestallung als Arzt. Seit dem 4.12.1970 bin ich mit meiner Frau Maria-Theresia, geb. Kafka verheiratet. Seit Oktober 1971 arbeite ich als Weiterbildungsassistent in der Praxis von Herrn Dr. Lamprecht in Wegscheid/Bayer.Wald.

Niederwegscheid, den 7.11.1972

